



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Siegel, Pamela; Filice de Barros, Nelson

Restaurando a saúde mental na Índia. Terapias e conceitos pluralísticos

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2012, pp. 821-828

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838254022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Restaurando a saúde mental na Índia. Terapias e conceitos pluralísticos

SÉBASTIA, B.

Restoring mental health in India. Pluralistic therapies and concepts.

New Delhi: Oxford University Press, 2009.

I ¹ Pamela Siegel, ² Nelson Filice de Barros I

¹ Universidade Estadual de Campinas. Endereço eletrônico: pamsky@mpc.com.br

² Universidade Estadual de Campinas. Endereço eletrônico: nelfel@uol.com.br

Brigitte Sébastia é pesquisadora na área de antropologia social do Institute of Pondicherry e membro associado do Centre d'Anthropologie Sociale, Université Toulouse Le Mirail, Toulouse, e do Centre d'Études de L'Inde et de L'Asie du Sud, Paris. O livro por ela organizado tem 324 páginas e contém dez artigos de diferentes autores, com múltiplas abordagens da saúde mental, divididos em três partes, de acordo com os seguintes eixos temáticos: as medicinas indianas codificadas, a terapia popular e a psiquiatria.

No capítulo primeiro, intitulado “*Medical, literate, and cultural approaches to mental disorders in Tamil Nadu*”, Somasundaram faz incursões na sociedade Tamil, buscando as descrições da saúde mental. Esta cultura desenvolveu o sistema médico Siddha, que floresceu no sul da Índia e remontaria ao deus Shiva de quem os santos, *yogues* e eruditos teriam herdado a tradição do preparo de medicamentos com ervas, venenos e metais. Entre os eruditos, o autor cita *Tirumular*, cuja contribuição foi o estudo do *yoga* e da meditação no tratamento das doenças humanas.

No sistema Siddha, os três humores (*vali*, *alal* e *ayam*) representam a criação, proteção e destruição, relacionados às funções anabólica, metabólica e catabólica do organismo, sendo a prevalência de *alal* – a temperatura do corpo, que representa as atividades metabólicas tais como a absorção, a assimilação e a termogênese – considerada pelos sábios uma das causas da doença mental, juntamente com outras variáveis como variação sazonal, hábitos dietéticos, idade e sexo do indivíduo.

Por fim, Somasundaram explica que o sistema Siddha de medicina classifica as variedades clínicas da doença mental de acordo com a sintomatologia, e a obra de *Akattiyar* lista 18 variedades de psicoses funcionais e os respectivos tratamentos usados: fumigação, massagem, aplicações nasais, oculares e psicoterapia.

No capítulo dois, “*Dosa, Satvabalam, Genes, and Puja: a god for everything. An ethnographic study of a government ayurvedic mental hospital*”, a autora Nadia Giguère explora a multiplicidade de discursos e práticas sobre saúde mental encontrados em Kerala. A obra *Astangahrdaya Samhita*, composta entre os séculos VI e VII, é a mais usada no Government Ayurvedic Mental Hospital (GAMH) e nela constam que problemas mentais específicos aparecem quando os canais por onde fluem os humores e os elementos em direção ao coração não funcionam eficientemente. Mas existe outro nível etiológico no sistema ayurvédico, que é *nidana*, uma conjunção de fatores que inclui tensões, tristeza, dieta, etc., e que, segundo os profissionais de saúde do GAMH, estaria na raiz da doença. O êxito no tratamento depende de quatro fatores: o médico, o medicamento (remédio ou dieta), o cuidado e certas características do paciente, daí o surgimento de negociações médico-paciente, e muitos discursos que vão além da recuperação das funções corporais, abrindo diferentes perspectivas sociais, culturais e metafísicas da doença, que permitem ao paciente escolher a identidade da doença com a qual mais se identifica.

O capítulo terceiro, intitulado “*The Relevance of yoga and meditation in the management of common mental disorders*”, é escrito por C. Kumar Babu, psiquiatra indiano que ensinou *yoga* e meditação em Chennai por 15 anos. O autor afirma que mesmo com um diagnóstico precoce, o manejo dos transtornos mentais comuns (TMCs) apresenta muitos problemas. Os medicamentos para tratar estas condições causam severos efeitos iatrogênicos em 30% dos casos e, para aqueles pacientes que respondem bem a eles, o custo pode ser proibitivo. Portanto, existe uma população numerosa que sofre de TMCs, mas não pode ser ajudada pela terapia das drogas e precisa procurar intervenções não-farmacológicas.

Babu faz uma revisão da literatura e se concentra principalmente nos textos de Grover (1994), que estuda os trabalhos realizados nos anos 1970, e Kirkwood et al. (2005), que analisam os estudos mais recentes, da década de 1990. O autor afirma que existe evidência preliminar para mostrar que o *yoga* e a meditação podem ser efetivos no manejo dos TMCs, mas admite que há metodologias deficientes nos estudos analisados e que há a necessidade de uma padronização da *yogaterapia*.

O capítulo quarto, “*When God heals... can Darsan be a therapy?*”, escrito por Pilar Galiana Abal, aborda trabalhos de campo, mais especificamente entrevistas feitas no templo de Babulnath, em Mumbai, com devotos da veneração ao *Shiva linga*. A *performance* do *darsan* é um movimento religioso baseado na devoção e consiste de atitudes teatrais que têm um significado simbólico-cultural, incluindo mantras, oferendas de flores, água e leite à deidade, bem como contato físico com a mesma. A autora descreve os passos do ritual: regar a imagem de *Shiva linga* com leite, ajoelhar-se diante da imagem, beijá-la, conversar com ela, deitar-se na frente dela, meditar diante dela, etc. E o fato de o símbolo do *Shiva linga* ter o formato de um falo ainda acrescenta outros significados simbólicos, já que o *linga* (falo) emerge de um *yoni* (vulva), ambos representando a união dos princípios masculino/feminino da energia divina.

A autora sugere que o *Shiva linga* poderia representar o peito materno na psique hindu e conclui que o ritual todo representa o retorno ao útero materno. Segundo a autora, ocorrendo uma “transferência” para um objeto não humano, de veneração, pode haver melhoria da saúde mental das pessoas a partir destas práticas religiosas regulares; ela acredita que através das performances espirituais uma forma de transferência é possível, abrindo um caminho para a elaboração psíquica.

Marine Carrin é a autora do quinto capítulo, intitulado “*Women’s Agency Recasting Distress in Two Therapeutic Cults of India (Bengal and Karnataka)*”, que trata de compreender como o afeto e a emoção, nas suas dimensões culturais, se manifestam em dois cultos de possessão em duas regiões da Índia. A maioria dos possuídos são mulheres cuja possibilidade de expressão lhes foi negada e um dos aspectos mais interessantes da possessão é a forma como ela renegocia a distinção entre o si-mesmo e o outro. O sofrimento feminino é entendido como a possessão de um espírito, já que seus corpos são vistos como passíveis de serem possuídos por um espírito. Na região de Bengal, a possessão feminina não é considerada como uma expressão própria da devoção e, como não é permitida para mulheres, é interpretada como uma experiência religiosa excepcional, como sendo o chamado da deusa Kali. Embora alguns psiquiatras critiquem estes altares de cura, dizendo que são “tratamento placebo”, a autora considera que há um precioso alívio nesses lugares quando se considera a falta de terapias adequadas às classes subalternas.

A autora menciona o culto *Siri*, praticado na sociedade matrilinear em Kanara do sul, que é um ritual terapêutico que ativa a memória episódica, por meio de um

diálogo entre devotos, que permite às mulheres esquecerem a própria identidade e projetarem-se na família *Siri*. A autora indaga se o efeito do ritual é realmente terapêutico e sugere que não podemos assumir que as mulheres estejam curadas, mas que sua possessão indesejada é transformada num papel ritual.

No capítulo seis, “*Mythologizing distress possession and therapy in Balaji Mehendipur (Rajasthan)*”, Florence Halder apresenta um estudo antropológico conduzido em 2006 em três altares terapêuticos de diferentes fés: hindu, jainista e sufi, que são especializados em tratar pessoas possuídas por espíritos malévolos, mas ela se concentra mais no templo de Balaji.

A forma em que o estresse é manifestado através da possessão depende do sistema terapêutico de cura encontrado, segundo autores das áreas de antropologia, etnopsiquiatria e psicanálise, a tentativa de identificar os espíritos maléficos e as formas de se livrar deles depende da maneira como os possuídos chegam ao lugar, o tempo de permanência e a troca de experiências com outros sujeitos possuídos. A maioria dos indivíduos que a autora contatou no templo da Balaji havia visitado um médico antes e recebido o diagnóstico de que não havia nada de errado com seu corpo. As queixas variavam entre dores de cabeça ou em várias partes do corpo, no estômago ou nas costas; insônia e perda de apetite.

O transe dura até o momento em que a entidade revela sua identidade. Um ritual é celebrado de manhã e à noite, na frente da estátua de Balaji e tem como função facilitar a interação entre a deidade e seus devotos. Música acompanha o ritual e socializa o transe. Ali se usa a projeção e a sublimação dos efeitos, dança, convulsões, terapias individuais e grupais, amuletos, mas também são usadas as antigas terapias para expulsão dos espíritos, tais como a repetição de mantras, rituais, oferendas, orações, sugestões autoritárias, penitência e atividades devocionais, havendo grande variedade de exorcistas.

Brigitte Sébastia, a organizadora do livro, é também a autora do sétimo capítulo, intitulado “*The last resort why patients with severe mental disorders go to therapeutic Shrines in India*”. A autora relata que a hospitalização dos doentes mentais começou nos séculos XI e X nas cidades islâmicas de Bagdá, Cairo, Fez e Damasco, espalhando-se durante o século XIV aos países sob o domínio islâmico, como a Espanha e a Índia, onde os hospitais foram estabelecidos por questões de caridade. No entanto, antes da existência dos hospitais, existia um sistema de hospitalização em templos e em casas de curandeiros. Este tipo de

duplo tratamento, que combina religião e medicina continua a ser oferecido em alguns templos, bem como por alguns feiticeiros, astrólogos, padres, exorcistas e, em Tamil Nadu, por praticantes da medicina Siddha.

O santuário católico de Puliampatti está dedicado a Santo Antônio de Pádua e recebe pacientes bipolares, esquizofrênicos, depressivos, além de pacientes com câncer, malformação cardíaca e degeneração motora. As condições de moradia no santuário de Puliampatti são rudimentares e desconfortáveis, mas a coexistência das famílias que compartilham o mesmo tipo de sofrimento e que são vítimas de semelhante estigmatização torna a situação aceitável. A autora afirma que ela raramente pode constatar uma melhoria dos doentes mentais graves. Há crises recorrentes, muito embora existam períodos de calma. De acordo com ela, o ambiente de apoio do santuário favorece, sobretudo, os parentes destes pacientes.

A história dos asilos na Índia proporciona uma oportunidade de estudar uma gama de idéias sobre doença mental e as noções do cuidado e da responsabilidade através das culturas e do tempo. É deste tema que trata o capítulo oito, “*Diagnosis and treatment approaches at the asylum in Bangalore*”, dos autores Pratima Murthy and Sanjeev Jain. Os hospitais e o aparato administrativo moderno do cuidado em saúde se espalharam através do mundo desde suas origens no Oriente Médio no primeiro milênio. Entre 1500 e 1750, houve um incremento de conscientização sobre a medicina européia e um diálogo com as medicinas galênicas, ayurvédicas e unani; o uso de sanguessugas, ventosas, purgativos e metais era amplamente praticado.

O diário do Dr. Charles Smith e de seu filho, registrando suas experiências no asilo de Bangalore, por volta de 1847, proporciona uma gama de detalhes sobre a medicina ocidental da época. Ali, enfatizava-se o trabalho com atividades como jardinagem, tecelagem com corda e trabalhos domésticos, sendo que sua população de internados consistia de armênios, católicos europeus, italianos, irlandeses, ingleses e indianos do país inteiro. Álcool e *ganja* (*cannabis*) estavam listadas como causas físicas comuns de insanidade. Passaram a existir unidades psiquiátricas em todos os hospitais e somente os casos crônicos deveriam ser tratados em hospitais psiquiátricos.

Em 1974, após várias reformulações, o asilo de Bangalore foi renomeado como *National Institute of Mental Health and Neurosciences*. A autora fez ali um estudo com uma amostra de 76 prontuários de pacientes, admitidos em Bangalore em

períodos diferentes. As teorias psicanalíticas foram encaradas como sendo muito simplistas e prematuras na sua tentativa de identificar causas, daí que maior importância foi atribuída à abordagem fenomenológica. Este ceticismo sobre a psicoterapia ocidental pode explicar porque as idéias freudianas não conseguiram se sedimentar na psiquiatria formal na Índia.

O nono capítulo, intitulado “*Symbolic efficacy in the therapeutic theatre. Girindrasekhar Bose’s Re-elaboration of the psychoanalytical corpus*”, de Jean Nimylowycz, relata a paixão de Bose pela magia e pela hipnose muito antes da publicação de Freud e Breuer, *Studies on Hysteria*. Mais tarde, ele se dedicará ao estudo dos *Yoga Sutras* de Patanjali. A principal indagação de Bose girava em torno de como os intelectuais indianos poderiam dialogar com as abordagens positivistas-racionalistas e o *dharma*.

Esse diálogo acabou gerando um modelo híbrido, com elementos de ambas as culturas, ocidental e oriental, e Bose acabou criando uma técnica de cura original, que é uma síntese de teoria primordial freudiana e o *yoga*. A diferença básica é que Bose considerava o desejo como uma reação funcional a um estímulo externo, enquanto que para Freud o instinto é a representação psíquica de uma excitação interna. O ego, para Bose, seria uma mônada psíquica, um reservatório de desejos tanto conscientes como inconscientes, incluindo o ego freudiano, o id e o superego, além de elementos contraditórios. Ele se deu conta de que no momento em que o material originalmente reprimido se tornava consciente, um material de tipo oposto, previamente consciente, se tornava reprimido e imediatamente substituída o seu oposto no inconsciente, ou seja, as resistências e os sintomas mantinham sua ação. Depois, enquanto a cura estava em curso, os conteúdos reprimidos e conscientes se invertiam novamente até que ambos fossem reconhecidos pelo paciente, é aí que o sintoma desaparecia.

Bose combinava a influência freudiana com o modelo terapêutico inspirado na tradição mestre-discípulo. A parte yoguica envolvia a visualização para se identificar com a deidade, com o intuito de despertar o divino em si mesmo, processo que fazia emergir as representações que ele deveria aprender a controlar. Contudo, o problema que ambos, Bose e seus pacientes, tinham que enfrentar, era estar na fronteira de ambas as perspectivas: a europeia e a hindu, mantendo uma relação crítica tanto com o *dharma* como com o racionalismo.

O décimo capítulo, intitulado “*Gender blind or gender biased? Culture, family, and patriarchy in Indian psychiatry*”, de autoria de Renu Addlakha, examina os papéis de gênero na teoria e na prática psiquiátrica, através de uma revisão de literatura e do trabalho clínico, sendo parte de um estudo etnográfico maior sobre a prática psiquiátrica desenvolvida na unidade psiquiátrica do Lady Hardinge Medical College and Hospital (LHMCH) em Delhi, que começou a funcionar como uma unidade independente em maio de 1982.

O autor enfocou sua busca nos diferentes critérios de anormalidade e na interface entre cultura e personalidade, com referências específicas à etiologia, definição e tratamento de transtornos mentais entre mulheres indianas. Três perspectivas podem ser usadas para examinar a relação entre mulheres e doença mental: a primeira diz respeito aos dados epidemiológicos; a segunda se refere à forma em que o patriarcado impacta a saúde mental das mulheres, e a terceira abrange a crítica feminista ao conhecimento, a qual alega que disciplinas tais como a psicologia e a psiquiatria são falocêntricas.

O trabalho com vítimas de diferentes traumas permite identificar que há profundas semelhanças entre sofrendores de neurose de combate, como em soldados, e vítimas de violência sexual e doméstica. A síndrome da mulher maltratada (*battered woman syndrome*) foi oficialmente reconhecida como uma subcategoria da síndrome de depressão pós-traumática no DSM IV, pela Associação Psiquiátrica Americana, em 1994. E estudos mostram que há uma maior utilização de terapia religiosa, como as curas nos templos, exorcismo e curas pela fé entre as mulheres. O autor cita os estudos de feministas como Elaine Showalter, Inge K. Broverman, Carol Gilligan, Sandra Harding e Evelyn Fox Keller que, no geral, concordam com o fato de não existirem discursos objetivos e universais operando isoladamente das instituições e ideologias patriarcais. Enquanto que o sexo tem sido uma variável constante nos estudos epidemiológicos, o gênero, que como o sexo é configurado pela cultura e sociedade, é bastante ausente.

No pós-fácio, os autores Gilles Bibeau e Ellen Corin situam a saúde mental na interface entre os textos clássicos indianos, as práticas religiosas e o conhecimento psiquiátrico moderno, e admitem que o maior desafio para o povo indiano é sintetizar os valores tradicionais e modernos, o *darshan* filosófico com a construção de um país liberal, mais sensível à equidade e igualdade, e sustentado, pelo menos

em parte, pelo espírito de solidariedade e inclusividade que o Mahatma Gandhi implantou no coração da democracia indiana.

Mantendo as devidas proporções, há semelhanças entre a forma em que tanto a religiosidade indiana como a brasileira interpenetram o campo da saúde mental. No Brasil, a matriz religiosa africana atua com o Candomblé, a Umbanda, a Pajelança e a Jurema, sendo o transe mediúnico a forma de canalizar a busca pela cura. Encontramos evidências, também, de que o envolvimento religioso/espiritual pode influenciar positivamente o cuidado com a saúde, estimulando a abstinência, redução ou abandono do uso de drogas e, além disso, aumentar o bem-estar psicológico e diminuir a depressão, os pensamentos e comportamentos suicidas, sendo o impacto positivo mais intenso entre os idosos e indivíduos com deficiências e doenças clínicas.

Enfim, o livro é uma importante referência para profissionais da área da saúde e acadêmicos que estudam tanto saúde mental quanto cultura e práticas complementares e integrativas, pois é composto de uma coletânea de artigos muito bem elaborados, escritos por especialistas em antropologia médica e social, psiquiatria e psicologia, pertencentes a instituições acadêmicas francesas, indianas, canadenses e norte-americanas.

Referências

- ABDALA, G.A.; RODRIGUES, W.G.; TORRES, A. et al. A religiosidade / espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Revista de Estudos da Religião*, São Paulo, março, p. 77-98, 2010.
- CARVALHO, J.J. de. Uma visão antropológica do esoterismo e uma visão esotérica da antropologia. *Série Antropologia*, Brasília, n. 406, p. 2-23, 2006.
- HENNING, M.C.; MORÉ, C.L.O.O. Religião e psicologia: análise das interfaces temáticas. *Revista de Estudos da Religião*, São Paulo, p. 84-114, dez.2009.